

# 見本

別紙様式(見本)

平成17年度までの修了者の方はこちらです。

平成××年××月××日

医機管発第×××××号

## 修了証明書

登録番号 管第 ××××× 号

本籍 ○○県

氏名 ○○ ○○

生年月日 ××年××月××日

上記の者は薬事法施行規則第85条第3項第3号に規定する講習等を行う者の登録等に関する省令第1条第1項の規定に基づく厚生労働大臣の登録を受けた医療機器販売及び賃貸管理者講習を下記のとおり修了したことを証明する。

### 記

講習名	修了証発行年月日
医療機器販売及び賃貸管理者講習会	平成○年○月○日

公益財団法人 医療機器センター  
理事長 菊地 眞

# 見本

別紙様式(見本)

平成 18 年度以降の修了者の方はこちらです。

平成 ××年 ××月 ××日  
医機高度(特定)管第×××号

## 修了証明書

登録番号 高度(特定)管第 ××××× 号  
住所地 ○○県  
氏名 ○○ ○○  
生年月日 ××年××月××日生

上記の者は薬事法施行規則第85条第3項第3号に規定する講習等を行う者の登録等に関する省令第1条第1項の規定に基づく厚生労働大臣の登録を受けた高度管理(または特定管理)医療機器販売及び賃貸営業管理者基礎講習を下記のとおり修了したことを証明する。

### 記

基礎講習実施年月日	平成○○年○○月○○日
取り扱い医療機器の種別	例) 高度管理医療機器等
従事期間	例) 平成 14 年 4 月～平成 18 年 5 月(4 年 2 ヶ月)
修了証交付年月日	平成○○年○○月○○日

公益財団法人 医療機器センター  
理事長 菊地 眞

# 見本

別紙様式(見本)

平成 27 年度以降の修了者の方はこちらです。

平成 ××年 ××月 ××日  
医機高度(特定)管第×××号

## 修了証明書

登録番号 高度(特定)管第 ××××× 号  
住 所 地 ○○県  
氏 名 ○○ ○○  
生年月日 ××年××月××日生

上記の者は医薬品医療機器等法施行規則第 114 条の 49 第 1 項第 3 号に規定する講習等を行う者の登録等に関する省令第 1 条第 1 項の規定に基づく厚生労働大臣の登録を受けた高度管理医療機器等(または特定管理医療機器)販売及び貸与営業所管理者基礎講習を下記のとおり修了したことを証明する。

### 記

基礎講習実施年月日	平成○○年○○月○○日
取り扱い医療機器の種別	例) 高度管理医療機器等
従 事 期 間	例) 平成 14 年 4 月～平成 18 年 5 月(4 年 2 ヶ月)
修了証交付年月日	平成○○年○○月○○日

公益財団法人 医療機器センター  
理事長 菊地 眞

# 見本

別紙様式(見本)

プログラムのみの講習会修了者の方はこちらです。

平成××年××月××日  
医機プロ高管発第××××号

## 修了証明書

登録番号 プロ高管第×××××号  
住所地 ○○県  
氏名 ○○ ○○  
生年月日 ××年××月××日生

上記の者は医薬品医療機器等法施行規則第114条の49第1項第3号に規定する講習等を行う者の登録等に関する省令第1条第1項の規定に基づく厚生労働大臣の登録を受けたプログラム高度管理医療機器等販売及び貸与営業所管理者講習会基礎講習を下記のとおり修了したことを証明する。

### 記

基礎講習実施年月日	平成○○年○○月○○日
修了証交付年月日	平成○○年○○月○○日

公益財団法人 医療機器センター  
理事長 菊地 眞

# 見本

別紙様式(見本)

平成18年度以降の修了者の方はこちらです。

平成××年××月××日

医機CL管第×××号

## 修了証明書

登録番号 CL管第 ××××× 号

住 所 地 ○○県

氏 名 ○○ ○○

生年月日 ××年××月××日生

上記の者は薬事法施行規則第85条第3項第3号に規定する講習等を行う者の登録等に関する省令第1条第1項の規定に基づく厚生労働大臣の登録を受けた指定視力補正用レンズ等販売営業管理者基礎講習を下記のとおり修了したことを証明する。

### 記

基礎講習実施年月日	平成○○年○○月○○日
取り扱い医療機器の種別	例) 指定視力補正用レンズ等
従 事 期 間	例) 平成14年4月～平成18年5月(4年2ヶ月)
修了証交付年月日	平成○○年○○月○○日

公益財団法人 医療機器センター  
理事長 菊地 眞

# 見本

別紙様式(見本)

平成 27 年度以降の修了者の方はこちらです。

平成××年××月××日

医機CL管発第×××号

## 修了証明書

登録番号 CL管第 ××××× 号

住 所 地 ○○県

氏 名 ○○ ○○

生年月日 ××年××月××日生

上記の者は医薬品医療機器等法施行規則第 114 条の 49 第 1 項第 3 号に規定する講習等を行う者の登録等に関する省令第 1 条第 1 項の規定に基づく厚生労働大臣の登録を受けた指定視力補正用レンズ等販売営業所管理者基礎講習を下記のとおり修了したことを証明する。

### 記

基礎講習実施年月日	平成○○年○○月○○日
取り扱い医療機器の種別	例) 指定視力補正用レンズ等
従 事 期 間	例) 平成 14 年 4 月～平成 18 年 5 月(4 年 2 ヶ月)
修了証交付年月日	平成○○年○○月○○日

公益財団法人 医療機器センター  
理事長 菊地 眞